

Ribeiro, Olivério; Cunha, Madalena; Duarte, João; Ferreira, Ana Luísa; Ferreira, Ana Sílvia; Venício, Daniela & *et al.* (2014). A Segurança do Doente em Cuidados Paliativos: Perceção dos Profissionais de Saúde. *Millenium*, 47 (jun/dez). Pp. 173-189.

A SEGURANÇA DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PATIENT SAFETY IN PALLIATIVE CARE: PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS

OLIVÉRIO RIBEIRO ¹

MADALENA CUNHA ²

JOÃO DUARTE ³

ANA LUÍSA FERREIRA ⁴

ANA SÍLVIA FERREIRA ⁴

DANIELA VENÍCIO ⁴

SARA FERNANDES ⁴

STÉFANIE CARRULO ⁴

GONÇALO PINA ⁴

¹ Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde e investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: oliverioribeiro@hotmail.com)

² Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: madac@iol.pt)

³ Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde e investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: jduarte@essv.ipv.pt)

⁴ Estudantes do 23º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: luisa23ferreira@gmail.com, anasilviaferreira91@hotmail.com, danielavenicio@hotmail.com, pekenina_sarafnds@hotmail.com, stefanie_nini@hotmail.com Gonçalo_80@hotmail.com)

Resumo

Enquadramento: A segurança dos cuidados de saúde prestados ao doente é fundamental para garantir a sua qualidade. Neste âmbito, estudou-se a segurança do doente em fim de vida na perspetiva dos profissionais de saúde.

Objetivo: Compreender as intervenções dos profissionais de saúde na deteção de erros e incidentes para a segurança dos doentes.

Métodos: Estudo transversal com enfoque descritivo-correlacional, recorrendo-se a um questionário de segurança do doente, elaborado para o efeito, tendo por base a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente da Direção-Geral da Saúde (2011). A amostra foi constituída por 146 profissionais de saúde que trabalham em unidades de saúde com doentes crónicos e paliativos.

Resultados: Os profissionais na faixa etária mais jovem (≤ 27 anos), do género feminino e com pós-graduação/especialização, são os que observam com maior frequência os incidentes/erros.

Os profissionais que trabalham em unidades de saúde são os que mais incidentes/erros observam (O.M. 74.29; $=.001$) e o inverso acontece com os que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), (O.M. 37.53, $=.001$).

O “grau de gravidade do dano observado”, assumido como gravidade severa, podendo mesmo conduzir à morte, é a dimensão com a percentagem mais elevada, seguida das “atitudes/comportamentos agressivos” para com o doente e, por último, as “infecções”.

Conclusão: Garantir a segurança do doente é um aspeto primordial, devendo ser trabalhada diariamente na revisão da prática clínica de cada profissional de saúde, com a finalidade de prevenir erros/incidentes.

Palavras-chave: segurança do doente, profissionais de saúde, erros/incidentes.

Abstract

Background: The safety of healthcare provided to patients is essential to ensure their quality. In this context, we studied the safety of the end-of-life patient from the perspective of health professionals.

Goal: Understand the interventions of health professionals in the detection of errors and incidents for the patient's safety.

Method: Cross-sectional study with a descriptive-correlational approach. A Questionnaire of patient safety based on the International Patient Safety Classification from Directorate-General of Health (2011), elaborated for the purpose, was used. The

sample consisted of 146 health professionals working in units with chronic and palliative patients.

Results: Professionals in the younger age group (≤ 27 years), female gender and with post-graduation/specialization are the ones that most frequently observe the incidents/errors.

Professionals who work in health units are those who note more incidents/errors (74.29; O.M. = .001) and those from palliative care units the opposite (37.53 O.M., = .001).

The "seriousness degree of the observed damage" assumed as of severe gravity or death is the dimension with the highest percentage, followed by the "aggressive attitudes/behavior" towards the sick, and finally "infections".

Conclusion: Ensuring patient safety is a primordial aspect, and thus should be worked daily in the clinical practice review of each healthcare professional, in order to prevent errors/incidents.

Keywords: patient safety, healthcare professionals, errors/incidents.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS), cit. pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006), definiu, em 2002, os cuidados paliativos como uma abordagem holística de doentes com problemas decorrentes de doença incurável, com prognóstico limitado, potencialmente fatais, bem como das suas famílias, com o intuito de prevenir e aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. Para tal, a identificação precoce, a avaliação adequada e o tratamento dos diversos problemas, sejam eles físicos, psicológicos, sociais ou espirituais que providenciem o alívio da dor e de outros sintomas, são fundamentais para se afirmar a vida e ver a morte como um processo natural, sem a intenção de se apressar nem de adiar a morte, integrando os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes, oferecendo um sistema de suporte para ajudar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até à morte, numa abordagem multidisciplinar no atendimento das suas necessidades (doentes e familiares), incluindo o apoio no luto (Sousa, 2012).

O Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de junho cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e define alguns requisitos estruturais e funcionais das unidades e equipas de Cuidados Paliativos, tal como definido no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (DGS, 2010). As estruturas e recursos mínimos necessários para o funcionamento das Unidades de Cuidados Paliativos passam pela existência de uma equipa básica constituída por 1 médico, 2 a 3 enfermeiros e 1 assistente social, podendo, ainda, integrar terapeutas de reabilitação, psicólogos, assistentes espirituais e voluntariado,

com a necessária e imprescindível formação específica em cuidados paliativos de modo a evitar a massificação e despersonalização dos cuidados (DGS, 2010).

A Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, referindo que as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) são unidades de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizadas num hospital. Estas visam o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, tal como consignado no PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS 2010).

Para a concretização de tais unidades, é necessário desenvolver um conjunto de ações em prol da segurança dos doentes, tais como, melhoria do desempenho, segurança ambiental, gestão do risco, utilização segura dos medicamentos, segurança do equipamento, prática clínica segura, ambiente de cuidados seguro, recrutamento, formação, retenção dos profissionais e acumulação de conhecimentos científicos, fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem (International Council of Nurses (ICN), 2006).

A segurança dos doentes tem por objetivo evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde, tratando-se de um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde, para a qual os enfermeiros e as associações nacionais de enfermagem têm a responsabilidade de:

- a) Informar os doentes e as famílias acerca dos potenciais riscos;
- b) Relatar prontamente os eventos adversos às autoridades apropriadas;
- c) Desempenhar um papel ativo na avaliação da segurança e qualidade dos cuidados;
- d) Melhorar a comunicação com os doentes e com outros profissionais de saúde;
- e) Exercer pressão no sentido de conseguir níveis adequados de dotações;
- f) Apoiar medidas que melhorem a segurança dos doentes;
- g) Promover programas rigorosos de controlo da infeção;
- h) Exercer pressão no sentido de que sejam adotadas políticas padronizadas de tratamento e de protocolos que minimizem os erros;
- i) Criar ligações com organismos profissionais de representação de farmacêuticos, médicos e outros, de forma a melhorar a embalagem e rotulagem dos medicamentos;
- j) Colaborar com sistemas nacionais de relato para registar, analisar e aprender com os eventos adversos;
- k) Desenvolver mecanismos, por exemplo através da acreditação, para reconhecer as características dos prestadores de cuidados de saúde que ofereçam um marco de excelência na segurança dos doentes.

O aumento dos eventos adversos está relacionado com o facto das dotações de pessoal das instituições serem inadequadas, levando a consecutivas readmissões e internamentos mais prolongados e a taxas de mortalidade aumentadas (ICN, 2006).

Um dos principais objetivos dos cuidados paliativos é o alívio dos sintomas e do sofrimento de cada doente e da sua família, ao longo de todo o processo de doença e não só na fase final (Sapeta, 2011, cit. por Gonçalves, 2013).

Tendo por base o Relatório Técnico - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011), estudámos a frequência com que ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente, respiratória, sanguínea, tecidos moles e intravascular, e os principais tipos de incidentes, que vão desde os associados à administração da medicação, sangue e hemoderivados, alimentação e dietas, oxigenoterapia e acidentes (abrasão e fricção dos tecidos moles, cortes ou perfurações, ameaça mecânica à respiração por obstrução da via aérea e quedas). A deteção do incidente, posterior notificação e o grau de gravidade do dano observado são essenciais para a compreensão dos mesmos, sendo também incluídos no nosso estudo. A segurança comporta também as atitudes/comportamentos que assumimos perante os doentes internados neste tipo de instituições e referenciados pela agressividade física e verbal.

Um estudo nacional de prevalência de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) e do uso de antibióticos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) descreveu a organização, os recursos e as práticas de prevenção e controlo de infeção e deu a conhecer a prevalência de IACS adquiridas nas UCCI bem como o uso de antimicrobianos. Este pôs em destaque o predomínio de infeções da pele, tecidos moles e feridas, seguindo-se as infeções das vias respiratórias e por fim, das vias urinárias (DGS, 2012). Para combater a elevada incidência de infeções foi aprovado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Resistências aos Antimicrobianos¹, assumindo como objetivo geral a redução da taxa de IACS hospitalares e da comunidade, bem como da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos (DGS, 2013a).

Para além deste programa de controlo de infeção, é importante focar outros aspetos relacionados com as atitudes terapêuticas que garantam a segurança do doente, sendo de referir a administração segura da medicação, de sangue e hemoderivados, da alimentação e da oxigenoterapia.

Apesar dos erros de medicação poderem ocorrer na prescrição, transcrição, suspensão ou no processo de administração, a investigação tem demonstrado que são os

¹ Pelo Despacho Ministerial n.º 20 729/2008, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 152, de 7 de Agosto, foi aprovado o programa nacional de prevenção das resistências aos antimicrobianos e pelo Despacho n.º 15769/2010, da Ministra da Saúde, publicado no Diário da República, n.º 203, Série II, de 19-10-2010, foi criada a coordenação nacional do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA).

enfermeiros que estão mais predispostos a identificar e a intercepar os erros antes de chegar ao doente. (Flynn *et al.*, 2012, cit. por Abreu, Rodrigues & Paixão, 2013).

Relacionados com a administração da medicação, podem resultar questões processuais ou clínicas que vão desde o doente errado, medicamento errado, dose / frequência errada, forma farmacêutica errada, via errada, quantidade errada, instrução de administração errada, contraindicação, armazenamento errado, dose ou medicamento omitido, medicamento fora da validade e reação adversa, tal como referido no Relatório Técnico - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011).

Relativamente à administração dos hemoderivados, nomeadamente transfusões de sangue, esta é uma área dos cuidados de saúde moderna, que oferece uma possibilidade de tratamento, salvando muitas vidas (Linden & Kaplan, 1994, cit. por Sellu, Davis & Vincent, 2012).

As transfusões sanguíneas são um processo bastante complexo, com início na efetivação do pedido transfusional, assumindo diversos pontos críticos, sendo que um simples incidente num determinado ponto do processo, afeta todo o restante. (Elhence *et al.*, 2012).

Os erros na fase analítica da cadeia de transfusão e erros no laboratório, compreendem cerca de um terço dos eventos relacionados com a segurança da transfusão (Fastman & Kaaplan, 2011).

A dispneia é um dos sintomas mais desestabilizadores e frequentes em doentes com doença crónica, progressiva e incurável, agravando nas últimas semanas de vida. (Mularski *et al.*, 2010, cit. por Gonçalves, 2013).

Um dos tratamentos nesta situação é a oxigenoterapia, que, nos cuidados paliativos, só deve ser iniciada em casos de saturações de oxigénio sanguíneo inferiores a 90%, através de cânula nasal, de forma a evitar a sensação de sufoco, aquando da utilização de máscara facial. (Gonçalves, 2013).

Os cuidados paliativos passam também pela manutenção do conforto do doente, podendo partir de normas relacionadas com o posicionamento do mesmo, de modo a evitar forças externas de pressão e fricção, que são a principal razão do aparecimento de úlceras de pressão (UP) (Duque *et al.*, 2009; Pina, 2012, cit. por Martins, 2013). A ocorrência destas deve-se a diversas determinantes, entre eles os fatores extrínsecos, tais como, pressão, fricção, humidade, forças de deslizamento, superfície de apoio e medicação e os fatores intrínsecos, tais como, idade, insuficiência vasomotora, hipotensão, imobilidade, diabetes, desnutrição/desidratação, vasoconstricção periférica, condição física, entre outros. (Ferreira *et al.*, 2007, cit. por Martins, 2013).

Outro incidente associado aos cuidados de saúde refere-se à obstrução mecânica da via aérea após a entubação e por estenose pós-traqueostomia. Outros casos menos

frequentes são a presença de corpos estranhos, tumores benignos, infeções ou doenças sistémicas (Barros, Fernandez, Folch, Flandes & Majid, 2013).

Como foi possível constatar, o Relatório Técnico sobre segurança do doente (DGS, 2011) estipulou os principais incidentes relativos às lesões cutâneas provocadas por forças contundentes, perfurantes/penetrantes ou forças mecânicas provocadas pelo mau uso dos equipamentos, tendo como consequências abrasão/fricção/úlceras de pressão, como foi desenvolvido anteriormente. No mesmo âmbito dos erros associados aos cuidados de saúde, inserem-se as quedas dos doentes. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2014), estas lideram a lista de notificação de incidentes e “está ainda longe de refletir a realidade nacional”. (DGS, 2014, p. 3).

Existem múltiplos fatores que contribuem para este incidente, destacando-se a idade, o estado mental, a medicação administrada, a história de quedas anteriores e fatores ambientais (Ramos *et al.*, 2013).

As quedas representam a principal causa de morte accidental na última etapa da vida, mas também o motivo mais frequente da ida dos doentes ao serviço de urgência, levando, consequentemente, a internamentos mais regulares (Saraiva *et al.*, 2008, cit. por Ramos, 2013). São de referir os tipos de queda por tropeçar, por escorregar, por lipotímia, por desequilíbrio, da cama, da cadeira, da maca, na casa de banho, nas escadas, durante o uso de equipamento e, por fim, durante o transporte (DGS, 2011).

Por isso, como refere a Informação n.º 2/2014, de 25/2/2014, da DGS “A necessidade da prática sistemática da identificação de incidentes e de eventos adversos conduziu à implementação pela Direção Geral da Saúde de um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, como estratégia prioritária do sistema de saúde, para aumentar a segurança dos doentes. O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), que se encontra estruturado de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Conselho da União Europeia, é disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde e abrange todos os níveis e áreas da prestação de cuidados, dotando os profissionais de saúde e os cidadãos de uma ferramenta para a notificação e aprendizagem com o erro.” (DGS, 2014, p. 1).

Destacamos a importância de sensibilizar os profissionais de saúde, para uma atitude de observação e posterior notificação de incidentes relacionados com atitudes/comportamentos agressivos para com o doente, tanto físicos como verbais. O fenómeno da violência nos serviços de saúde, apesar de difícil de definir e quantificar, tem-se tornado num problema crescente nas instituições de saúde (Zampieron *et al.*, 2010, cit. por Rosa, 2013), particularmente para os enfermeiros, pois são os profissionais que mais prestam cuidados junto dos doentes, e como tal, mais suscetíveis de detetar erros que possam pôr em causa a sua segurança.

Metodologia

O crescente número de unidades com internamentos de doentes necessitados de cuidados paliativos e a falta de formação nesta área dos seus profissionais fez-nos questionar sobre a ocorrência de erros/acidentes nas Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Cuidados Continuados, Unidades de Saúde, Meio Hospitalar ou outro, para melhor podermos compreender quer os seus níveis de segurança, quer as implicações resultantes desses mesmos erros que possam por em risco a sua vida. Deste modo, definimos como principal objetivo estudar a segurança dos doentes, na perspetiva dos profissionais de saúde.

Para uma melhor compreensão do problema em estudo, foram enunciadas as seguintes questões de investigação:

1. Qual a relação das variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, género, habilitações académicas/profissionais, tipo de vínculo à instituição, experiência em cuidados paliativos, tipo de unidade/serviço em que trabalha e horário de trabalho) e a frequência da ocorrência de incidentes/erros?
2. Quais das dimensões, “caraterização e identificação do erro”, “atitudes terapêuticas”, “erros associados aos cuidados de saúde”, “infecções associadas aos cuidados de saúde”, “atitudes/comportamentos” e “grau de gravidade do dano observado” mais afetam a segurança do doente?

Procurando responder às inquietações, delineámos como objetivos:

- a) Identificar as questões de segurança do doente;
- b) Analisar os erros e acidentes que ocorrem com maior frequência.
- c) Determinar se as variáveis sociodemográficas e profissionais se relacionam com a ocorrência de erros;

Para a concretização da presente investigação, delineámos um estudo de carácter transversal e enfoque descritivo-correlacional, tendo-se, para o efeito, recorrido a um instrumento de recolha de dados estruturado em duas partes. A primeira dedicada à caraterização sociodemográfica e profissional, designadamente idade, género, zona de residência, habilitações académicas/profissionais, profissão, tipo de vínculo à instituição, tipo de unidade/serviço em que trabalha, turno e horário de trabalho. A segunda parte integra o Questionário sobre a Segurança do Doente, constituído por 6 dimensões, num total de 56 itens organizados em escala ordinal tipo Likert com 5 proposições (nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre), tendo por base a Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, da Direção Geral de Saúde, 2011.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 1 de abril e 6 de junho de 2014, obtendo-se uma amostra não probabilística por conveniência de

profissionais de saúde que exercem funções direcionadas a doentes internados em unidades de cuidados paliativos e unidades de cuidados continuados.

Resultados

Os 146 participantes são 77.4% do género feminino e 22.6% do género masculino, variando as idades entre os 22 e os 62 anos, com média de idade de 33.10 anos (Dp=8.567 anos), com uma dispersão elevada em torno da média (CV = 73.389%). A média da idade foi no género feminino de 32.78 anos e no género masculino de 34.21 anos (cf. Quadro 1)

Quadro 1 – Estatísticas da distribuição dos profissionais de saúde em função do género e idade.

Idade Género									
	n	Min.	Máx.	x	Dp	CV (%)	SK/ erro	K/ erro	KS p
Masculino	33	24	62	34,21	8,447	71,360	3,907	3,504	
Feminino	113	22	56	32,78	8,611	74,156	5,335	0,927	0,128
Total	146	24	62	33,10	8,567	73,389	6,289	2,048	

Relativamente à caracterização profissional, verificou-se que a escolaridade dominante é o Ensino Superior, com 55,5%, sendo que 15,8% corresponde aos profissionais de saúde do género masculino e 39,7% do feminino. Verificou-se, ainda, que 11,6% dos participantes do género feminino possui baixa escolaridade, ou seja, $\leq 12^{\circ}$ ano. Quanto ao tempo de serviço na instituição, obtivemos uma distribuição mais uniforme, com 31,7% em contrato de trabalho ≤ 2 anos, 34,5% entre os 3 e os 6 anos de serviço e 33,8% a trabalhar há 7 ou mais anos. No que se refere ao tipo de vínculo à instituição, o valor percentual mais elevado corresponde às funções públicas por tempo indeterminado, com 33,8%, seguido do contrato a termo resolutivo certo com 33,1%, sendo o valor percentual mais baixo o do contrato de trabalho a termo resolutivo incerto com 15,8%. A experiência em Cuidados Paliativos (CP) é referida negativamente por 65,4% e positivamente por 34,6%. No que se refere ao tipo de unidade/serviço, verifica-se que 23,4% dos profissionais de saúde trabalham em “Unidades de Cuidados Paliativos”, 27,7% em “Unidades de Cuidados Continuados”, 5,1% em “Unidades de Saúde”, 26,3% em meio hospitalar e, por fim, 17,5% em outros serviços. Quanto ao horário de trabalho, 17,1% dos profissionais de saúde realizam horário de trabalho fixo, 73,9% *rollement* e 9,0% horário a tempo parcial (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Estatísticas relativas à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Caraterísticas Profissionais	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Grupo etário						
≤27 anos	5	3,4	34	23,3	39	26,7
28-33 anos	15	10,3	43	29,5	58	39,7
≥34 anos	13	8,9	36	24,7	49	33,6
Total	33	22,6	113	77,4	146	100,0
Habilitações Literárias						
≤12ºano	0	0,0	17	11,6	17	11,6
Ensino Superior	23	15,8	58	39,7	81	55,5
Especialização/ Pós-Graduação	10	6,8	38	26,0	48	32,9
Total	33	22,6	113	77,4	146	100,0
Tempo de serviço na instituição						
≤ 2 anos	9	6,2	37	25,5	46	31,7
3-6 anos	9	6,2	41	28,3	50	34,5
≥ 7 anos	15	10,3	34	23,4	49	33,8
Total	33	22,8	112	77,2	145	100,0
Tipo de vínculo à instituição						
Contrato de trabalho a termo resolutivo certo	15	11,3	29	21,8	44	33,1
Contrato de trabalho a termo resolutivo incerto	2	1,5	19	14,3	21	15,8
Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	12	9,0	33	24,8	45	33,8
Outro	3	2,3	20	15,0	23	17,3
Total	32	24,1	101	75,9	133	100,0
Experiência em CP						
Sim	12	8,8	35	25,7	47	34,6
Não	19	14,0	70	51,5	89	65,4
Total	31	22,8	105	77,2	136	100,0
Tipo de Unidade/Serviço em que trabalha?						
Unidade de Cuidados Paliativos	9	6,6	23	16,8	32	23,4
Unidade de Cuidados Continuados	9	6,6	29	21,2	38	27,7
Unidades de Saúde	2	1,5	5	3,6	7	5,1
Meio Hospitalar	8	5,8	28	20,4	36	26,3
Outros	5	3,6	19	13,9	24	17,5
Total	33	24,1	104	75,9	137	100,0
Horário de Trabalho						
Fixo	4	3,0	19	14,1	23	17,1
<i>Rollement</i>	25	18,7	74	55,2	99	73,9
A tempo parcial	3	2,2	9	6,7	12	9,0
Total	32	23,9	102	76,1	134	100,0

Caraterizando-se as dimensões em estudo, na dimensão “caraterização/identificação do erro”, que engloba a deteção e notificação do erro, tendo havido um valor mínimo de 10 respostas (nunca/raramente) e um máximo de 37 (às

vezes), o valor médio situou-se nos 21.93 (Dp=5.764), com valores de dispersão elevados (CV=33.224%), contudo com significância estatística ($p=.015$). Quanto ao “grau de gravidade do dano observado”, pretendendo analisar se o incidente/acidente é maior ou menor para o doente, com um mínimo de resposta 1 (nenhum) e máximo 5 (morte), obteve-se a média de 2.43 (Dp=0.979) e valores de dispersão baixa (CV=0.959%), sendo o seu valor estatístico extremamente significativo ($p=.000$). Quanto à observação de erros nas “atitudes terapêuticas”, que engloba os erros de medicação, sangue/hemoderivados e oxigenoterapia, com o mínimo de 19 respostas (nunca/raramente) e o máximo de 59 (frequentemente/sempre), o valor médio situou-se nos 29.86 (Dp=9.387), com valores de dispersão elevados (CV=88.121%), com valor estatístico extremamente significativo ($p=.000$). A observação de “erros associados aos cuidados de saúde”, nomeadamente, “administração de alimentação/dieta” e “acidentes no doente”, com valor mínimo de 23 respostas (às vezes) e máximo de 68 (sempre), obteve-se uma pontuação média de 42,13, com valores de dispersão elevados (CV=81.093%), mas apresentando valor estatístico significativo ($p=.014$). Relativamente à observação de “infecções” no doente, um valor mínimo 6 respostas (nunca/raramente) e um máximo de 24 (frequentemente/sempre), obteve-se a pontuação média de 13,85, com uma dispersão baixa (CV=9.006%) e valor estatisticamente significativo ($p=.014$). A observação de “atitudes e comportamentos agressivos” para com o doente apresenta valor mínimo de 2 respostas (nunca/raramente) e o máximo de 8 (frequentemente/sempre), obtendo-se uma pontuação média de 4,76, com valor de dispersão baixo (CV=2.774%), mas valor estatístico extremamente significativo ($p=.000$) (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Estatísticas relativas às dimensões em estudo.

Dimensões	Min.	Máx.	x	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	p
Caraterização/Identificação do erro	10	37	21.93	5.764	33.224	0.208	0.413	.015
Grau de gravidade do dano observado	1	5	2.43	0.979	0.959	0.208	0.413	.000
Atitudes terapêuticas	19	59	29.86	9.387	88.121	0.208	0.413	.000
Erros associados aos cuidados de saúde	23	68	42.13	9.005	81.093	0.208	0.413	.014
Infecção	6	24	13.85	3.000	9.006	0.208	0.413	.014
Atitudes e comportamentos	2	8	4.76	1.665	2.774	0.208	0.413	.000

Da análise das frequências da observação dos incidentes/erros na prestação dos cuidados de saúde das dimensões em estudo agrupadas nos grupos de coorte, nunca/raramente, às vezes e frequentemente/sempre, verificou-se que 14.7% dos

profissionais de saúde nunca ou raramente observaram “infecções associadas aos cuidados de saúde”, 82.4% observaram às vezes e 2.9% observaram frequentemente/sempe. Quanto à observação dos “erros associados à administração de medicação” a maior frequência situa-se no nunca/raramente com 73.5%, face a 26.5% que observaram às vezes. A observação de “erros associados à administração de sangue/hemoderivados” cumpre o mesmo descritivo anterior com percentagens de 90.4% nunca/raramente, 8.8% às vezes e 0.7% frequentemente/sempe. No que respeita aos “erros associados à alimentação/dietas”, 61.0% dos profissionais de saúde referem que nunca/raramente observaram e 39.0% observaram às vezes. A observação de incidentes/erros ao nível da oxigenoterapia assumem o valor de 80.1% de nunca/raramente e 19.9% às vezes. No que diz respeito aos “acidentes no doente”, 69.1% dos profissionais dizem ter observado às vezes, face a 30.9% que diz nunca/raramente ter observado. As “atitudes/comportamentos de agressividade” nunca/raramente são observadas em cerca de 46.3% dos profissionais, 47.1% referem tê-las observado às vezes e 6.6% frequentemente/sempe. O “grau de gravidade do dano observado” é apontado como nenhum/fraco em 55.1%, moderado 32.4% e severo/grave/morte em 12.5%. Face à “detecção do erro”, 37.5% dos profissionais afirmam nunca/raramente terem observado e 62.5% terem observado às vezes. A “notificação do erro” é referida em percentagens de 52.2%, nunca/raramente observado em 47,1% das vezes e 0.7% frequentemente/sempe. (cf. Quadro 4)

Quadro 4 – Análise das frequências da observação dos incidentes/erros atitudes/comportamentos, grau de gravidade do dano observado e notificação e detecção do erro na prestação dos cuidados de saúde.

Itens	Nunca/ raramente		Às vezes		Frequentemente/ Sempe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infecções associadas aos cuidados	20	14.7	112	82.4	4	2.9	136	100.0
Erros de administração de medicação	100	73.5	36	26.5	-	-	136	100.0
Erros de administração de sangue/hemoderivados	123	90.4	12	8.8	1	0.7	136	100.0
Erros de administração de alimentação/dietas	83	61.0	53	39.0	-	-	136	100.0
Erros de oxigenoterapia	109	80.1	27	19.9	-	-	136	100.0
Acidentes no dente	42	30.9	94	69.1	-	-	136	100.0
Atitudes/comportamentos	63	46.3	64	47.1	9	6.6	136	100.0
Grau de gravidade do dano observado	75	55.1	44	32.4	17	12.5	136	100.0
Detecção do erro	51	37.5	85	62.5	-	-	136	100.0
Notificação do erro	71	52.2	64	47.1	1	0.7	136	100.0

Para se perceber se a experiência em cuidados paliativos dos profissionais de saúde influenciou a observação de erros na prestação de cuidados, aplicou-se o teste de U Mann-Whitney e verificou-se que os profissionais que referiam não ter experiência em Cuidados Paliativos (CP), são os que mais erros observaram. Os profissionais sem experiência em CP são os que apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões - “caraterização/identificação do erro” (O.M= 66,88), “grau de gravidade do dano observado” (O.M. 68,70), “atitudes terapêuticas” (O.M. 68,98), “erros associados aos cuidados de saúde” (O.M. 68,11), “infecções” (O.M. 69,96) e “atitudes/comportamentos agressivos” (O.M. 67,63), com diferenças estatísticas significativas. O total da observação dos incidentes/erros cometidos na prestação dos cuidados de saúde é superior nos profissionais que não têm experiência em cuidados paliativos, apresentando diferenças estatísticas muito significativas (UMW= 1280.0, $\rho=.009$) (Cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Teste de Kruskal-Wallis entre a experiência em CP e dimensões.

Experiência em CP Dimensões	Sim	Não	UMW	ρ
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Caraterização/Identificação do erro	56,98	66,88	1504,0	.148
Grau de gravidade do dano observado	54,69	68,07	1405,5	.040
Atitudes terapêuticas	54,92	68,98	1329,5	.019
Erros associados aos cuidados de saúde	54,60	68,11	1402,0	.049
Infecção	51,03	69,96	1248,5	.006
Atitudes e comportamentos	55,53	67,63	1442,0	.073
Global de erros	51.77	69.58	1280.0	.009

Ao relacionar o tipo de Unidade/Serviço e a observação dos incidentes/erros cometidos na prestação dos cuidados de saúde, verificámos que é nas unidades de saúde que se observam mais “erros associados aos cuidados de saúde” (O.M. 76.64) e maior número de “infecções” (O.M. 82.36). No que diz respeito à “caraterização/identificação do erro” e observação de “atitudes e comportamentos agressivos” são as unidades denominadas de “outro” que apresentam maior ordenação média, nomeadamente 73.11 e 78.65 respetivamente. Quanto ao “grau de gravidade do dano observado” é no meio hospitalar que a ordenação média é mais elevada 78.14, bem como na observação de erros nas atitudes terapêuticas (O.M. 75.17) com diferença significativa em todas as dimensões. O total da observação dos incidentes/erros cometidos na prestação dos cuidados de saúde é superior no meio hospitalar, ou seja, a observação de erros nos cuidados é superior nesta unidade/serviço, apresentando diferenças estatísticas muito significativas ($\chi^2= 19.524$, $\rho=.001$) (Cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Relação entre o tipo de Unidade/Serviço e dimensões.

Tipo de Unidade/Serviço Dimensões	Cuidados Paliativos	Cuidados continuados	Unidades de Saúde	Meio Hospitalar	Outro	X ²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Caraterização/Identificação do erro	43.81	72.49	67.14	65.52	73.11	12.204	.016
Grau de gravidade do dano observado	38.45	68.21	58.57	78.14	71.61	22.313	.000
Atitudes terapêuticas	39.00	71.99	72.07	75.78	64.17	18.795	.001
Erros associados aos cuidados de saúde	46.09	68.14	76.64	64.78	75.17	10.306	.036
Infeção	40.14	68.51	82.36	81.95	56.46	23.333	.000
Atitudes e comportamentos	48.14	70.03	56.43	62.72	78.65	10.675	.030
Global de erros	37.53	72.54	71.56	74.29	70.35	19.524	.001

Ao relacionarmos o horário e a observação dos incidentes/erros na prestação dos cuidados de saúde verificámos que são os profissionais de saúde com horário parcial que apresentam maior ordenação média em todas as dimensões, no entanto, apenas a dimensão “infeções” apresenta valores estatisticamente significativo. No global de erros observados na prestação dos cuidados de saúde em função do horário não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 4.615$, $p=.100$) (Cf. Quadro 7)

Quadro 7 – Relação entre o horário dos profissionais de saúde e as dimensões.

Horário Dimensões	Fixo	<i>Rollement</i>	Parcial	X ²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Caraterização/Identificação do erro	55.67	60.77	95.82	.831	.660
Grau de gravidade do dano observado	58.17	63.80	65.50	.895	.639
Atitudes terapêuticas	59.76	62.64	72.23	4.030	.133
Erros associados aos cuidados de saúde	51.98	63.64	78.64	2.943	.230
Infeção	56.60	64.08	66.14	10.284	.006
Atitudes e comportamentos	51.98	64.35	72.64	0.518	.772
Global de erros	53.88	62.72	82.77	4.615	.100

Conclusão

Prevenir danos e eventos adversos no doente é fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados prestados. Para se gerir o risco de ocorrência de erros é necessário garantir a responsabilidade de todos os profissionais de saúde a fim de, a partir da deteção do erro, notificarem-no, salientando-se, assim, o grau de gravidade e o dano observado.

Analizadas as relações entre as dimensões “caraterização/identificação do erro”, “grau de gravidade do dano observado”, “atitudes terapêuticas”, “erros associados aos cuidados de saúde”, “infecções” e “atitudes e comportamentos” e a “segurança do doente”, concluímos que:

- Os erros associados aos cuidados de saúde são observados maioritariamente pelo grupo de profissionais de saúde com idades inferiores ou iguais a 27 anos;
- Quanto maior o grau de habilitações académicas, maior a observação de incidentes/erros nos doentes;
- Quanto à experiência em cuidados paliativos, os profissionais que não a possuem, são os que observam um maior número de incidentes/erros;
- De todas as unidades/serviços em estudo, os cuidados paliativos são aqueles que apresentam menos observações de incidentes/erros, o que nos permite afirmar que os níveis de segurança são mais elevados do que nas restantes instituições, também fruto do tipo de cuidados aí prestados.

Para se contornar a problemática associada à observação de incidentes/erros no doente, que conduzem à diminuição da sua segurança, sugerimos algumas recomendações para a prevenção dos incidentes/erros e consequente melhoria dos cuidados de saúde, tais como o desenvolvimento de boas práticas de prevenção, e precauções básicas relativamente às infeções e à sua transmissão, onde se inclui a boa prática da higiene das mãos, práticas seguras na administração de medicação e outros componentes, uso de máscaras e equipamento de proteção, bem como a correta triagem dos resíduos hospitalares. Para tal, é essencial a divulgação e implementação das orientações e normas nacionais relativas à segurança do doente.

Por outro lado, dar formação sobre segurança do doente e gestão do risco a todos os profissionais das instituições de saúde também contribui para a minimização dos erros, conjuntamente com o reforço de profissionais de saúde nas situações em que se verifiquem *ratios* inferiores aos recomendados.

Com a realização do presente estudo concluímos que a segurança do doente se encontra comprometida quanto ao “grau de gravidade do dano observado”, “atitudes/comportamentos agressivos” e “infecções”. Logo é de toda a pertinência

destacar os incidentes para, desta forma, podermos assumir medidas adequadas à sua prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C., Rodrigues, M. & Paixão, M. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Rev. Enf. Ref.*, n.º 10, série III, jul. 2013, pp. 63-68. Coimbra.. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200008&lng=pt&nrm=iso>. doi.org/10.12707/RIII1301
- Almeida, C. (2012). *Risco de Queda nas UCCI do distrito de Viseu - estudo comparativo da escala de Murse e escala de Downton*. Tese de mestrado. Viseu: Escola superior de Saúde de Viseu.
- ANCP (2006) - Associação Nacional de Cuidados Paliativos. *Recomendações para a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos*. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf>.
- Barros, C. D., Fernandez S., Folch E., Flandes A. J. & Majid A. (2014). Non-Malignant Central Airway Obstruction. *Arch Bronconeumol.*, 50(8), Aug. Pp. 345-54. doi: 10.1016/j.arbres.2013.12.012. Epub 2014 Apr 3.
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República*, n.º 109, I Série A. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Disponível em: <<http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao/1012006.pdf>>.
- DGS (2004) - Direção-Geral da Saúde. *Circular Normativa N.º 14/DGCG*. <[http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)>.
- DGS (2010) - Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)*. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>>.
- DGS (2011) - Direção Geral da Saúde. *RELATÓRIO TÉCNICO: Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: DGS. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>>.
- DGS (2012) - Direção Geral da Saúde. *Estudo Nacional de Prevalência de Infecção nos Cuidados Continuados*. Disponível em <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-nacional-de-prevalencia-de-infecao-nos-cuidados-continuados-2012.aspx>>.
- DGS (2013a) - Direção Geral da Saúde. *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Orientações Programáticas*. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ppcira-orientacoes-programaticas-pdf.aspx>>.
- DGS (2013b) - Direção Geral da Saúde. *Circular Normativa n.º 029/12*, de 31 de outubro de 2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Lisboa: Direção geral de Saúde. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>>.
- DGS (2014) - Direção Geral da Saúde. Informação n.º 002/2014, de 25/02/2014. *Relatório de progresso de monitorização do SNNIEA*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <<file:///C:/Users/utilizador/Downloads/i019869.pdf>>
- Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M. & Matias, A. (2009). *Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.
- Elhence, P., Shenoy, V., Verma, A. & Sachan, D. (2012). Error reporting in transfusion medicine at a tertiary care centre: a patient safety initiative. *Clin Chem Lab Med*, 50(11) Nov:1935-43. doi: 10.1515/ccbm-2012-0212. 1935-1943.
- Fastman, B. & Kaplan, H. (2011). Errors in Transfusion Medicine: Have We Learned Our Lesson? *Mt Sinai J Med.*, 78(6) Nov-Dec : 854-864. doi: 10.1002/msj.20296.
- Gonçalves, A. (julho de 2013). *Relatório de Prática Clínica - Avaliação e Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos*. Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Disponível em: <<http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2201/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Pr%C3%A1tica%20Cl>

- %C3%ADnica%20-%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20da%20Dispnea%20em%20Cuidados%20Paliativos%20-%20Andr%C3%A9%20Go.pdf>.
- ICN - International Council of Nurses (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf>.
 - Lei nº 52/12, de 5 de setembro. *Diário da República*, nº 172, I Série, de 5/9/2012. Lei de bases dos Cuidados Paliativos. Disponível em <<http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>>.
 - Martins, P. C. (2013). *Prevalência do risco de Úlceras de Pressão na UCCI de Vouzela*. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em <repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1974>.
 - Ramos, S. (13 de maio de 2013). *Segurança do doente - uma prioridade na promoção de cuidados seguros*. Obtido em 6 de março de 2014, de Centro Hospitalar de Lisboa: <http://www.chlc.minsaude.pt/ResourcesUser/CHL/Risco/Lancamento_da_Semana_da_Seguranca_do_Doe_nte_13_05.pdf>.
 - Rosa, A. (2013). Estudo de adaptação cultural e validação da versão da Attitudes Toward Agression Scale (ATAS). *Rev. Enf. Ref.*, serie III, nº 10, jul. 2013. Coimbra, Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12139>.
 - Sellu, D., Davis, R., & Vincent, C. (2012). Assessment of blood administration competencies using objective structured clinical examination. *Transfus Med.*, 22(6), Dec.: 409-417. doi: 10.1111/j.1365-3148.2012.01192.x. Epub 2012 Oct 5.
 - Sousa, A. (2012). *Sintomas em Cuidados Paliativos: Da Avaliação ao Controlo*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: <http://sigarra.up.pt/icbas/pt/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id=8522>.

Recebido: 4 de novembro de 2014.

Data da Aprovação pelo Conselho-Técnico Científico da ESSV: 30 de outubro de 2014.